

**MUNICÍPIO DE MANDAGUARI/PR****SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, FINANÇAS E GESTÃO**

AMAZONAS, 500 - 86975000 - CENTRO - Mandaguari - PR

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**Número:****311****Emissão:**

21/10/2024

Autenticidade:

128096143

**SITE AUTENTICIDADE: <https://mandaguari.oxy.elotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal>****DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO**

Insc. Municipal: 00123358 CNPJ/CPF: 30.725.187/0001-51 Regime Fiscal: SIMPLES NACIONAL
Nome/Razão Social: VITOR MANOEL SESPEDE DOS SANTOS - CLINICA ODONTOLOGICA
Nome Fantasia: VITOR MANOEL CLINICA ODONTOLOGICA
Endereço: RUA MANOEL HENRIQUE MANSO, 353 - CENTRO
Município/UF: Mandaguari-PR CEP: 86.975-000
Fone/Fax: (44) 3233-4760 E-Mail: exavier_contabil@hotmail.com

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: 178392-5 CNPJ/CPF: 78.738.101/0001-51 Insc. Estadual:
Nome/Razão Social: DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA
Endereço: Rua Irmã Flávia Borlet, 197 - HAUER
Município/UF: Curitiba-PR CEP: 81.630-170
Fone/Fax: E-Mail:

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:
412 ODONTOLOGIA CNAE:
8630504

Competência: 10/2024	Local da Prestação do Serviço: Mandaguari-PR	Situação da NFS-e: EMITIDA	Natureza da Operação: TRIBUTA NO MUNICÍPIO
----------------------	--	----------------------------	--

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

serviços odontológicos

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	serviços odontológicos	1,00000	2.766,15	0,00	2.766,15

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Aliquota	Valor	Retido
ISSQN	2,01000	55,60000	Não
PIS	0,17000	4,61000	Não
COFINS	0,77000	21,28000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,24000	6,64000	Não
CSLL	0,21000	5,81000	Não
CPP	2,60000	72,03000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
2.766,15	0,00	0,00	2.766,15	2.766,15

NFS-E Nº 311	Recebemos de VITOR MANOEL SESPEDE DOS SANTOS - CLINICA ODONTOLOGICA, os serviços constantes neste documento fiscal eletrônico.	Assinatura:
	DATA: ____ / ____ / ____	